

DE
L'ÉPIDIDYMITE SYPHILITIQUE
TERTIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HECTOR DELAHAYE

Né le 12 Juin 1871, à Douai (Nord)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895

DE
L'ÉPIDIDYMITTE SYPHILITIQUE
TERTIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HECTOR DELAHAYE

Né le 12 Juin 1871, à Douai (Nord)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Zoologie et Anatomie comparée.		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE
Anatomie Générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale.		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (MAURICE)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie.		LACASSAGNE.
		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN.	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYEN.
DEVIC.	ROLLET	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. AUGAGNEUR, Assesseur; MM. ROLLET et CURTILLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MES ONCLES

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE ROLLET

A MES MAÎTRES

de la Faculté

et de l'École du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

C'est à M. le professeur agrégé Etienne Rollet, que nous sommes redevable de l'idée première de ce modeste travail. En 1894, pendant le dernier mois que nous avons passé dans le service de M. le professeur Poncet, M. Rollet qui avait la direction de ce service, eut l'obligeance de nous communiquer un cas très intéressant qu'il avait observé à l'hôpital de l'Antiquaille.

Il s'agissait d'un individu qui, en même temps qu'une lésion ulcéreuse du gland, présentait une épididymite unilatérale diffuse à forme subaiguë ; d'autre part ce malade maigrissait d'une façon inquiétante depuis quelques semaines et avait presque journellement d'abondantes hémoptysies.

En pareil cas, le diagnostic de tuberculose génitale et pulmonaire s'imposait de prime abord. Néanmoins le malade avouant une syphilis contractée dix ans aupara-

vant, le traitement mixte antisypilitique fut institué et en moins de quatre semaines, ulcération du gland, épидидymite, hémoptysies, tout avait disparu.

Il s'agissait évidemment de manifestations syphilitiques tertiaires; et pourtant, si l'existence de la syphilose tertiaire du poumon est nettement établie, presque tous les auteurs sont muets sur les localisations de la vérole tertiaire à l'épididyme. Il y avait là un sujet d'étude du plus haut intérêt et que nous n'avons pas hésité un instant à entreprendre.

Deux ans auparavant (avril 1893¹), dans une communication au Congrès des Sociétés savantes (communication que certains journaux ont attribuée par erreur typographique à M. Dron), M. Etienne Rollet avait déjà présenté un cas d'épididymite tertiaire non moins intéressant que celui dont nous venons d'esquisser à grands traits l'histoire clinique. En publiant cette observation dans les *Archives provinciales de chirurgie*, M. Rollet s'exprimait ainsi :

« Les auteurs classiques, dit-il, divisent les affections syphilitiques du testicule et de l'épididyme en épидидymite secondaire et orchite scléro-gommeuse tertiaire; il y a lieu selon nous, d'adopter une nouvelle classification et de réserver à l'épididymite syphilitique tertiaire une place et une description à part. »

¹ *Progrès médical*, avril 1893.

C'est cette assertion que nous allons essayer de justifier dans le cours de notre travail.

Le plan de cette étude s'offre naturellement à l'esprit. Nous suivrons l'ordre généralement adopté par les auteurs classiques lorsqu'ils décrivent une affection quelconque chirurgicale ou médicale.

Nos deux premiers chapitres seront consacrés l'un à l'*Historique*, l'autre à l'*Etiologie* de l'épididymite tertiaire. Nous exposerons ensuite les *cas cliniques* que nous avons réunis et qui nous permettront, dans le chapitre suivant, de dresser le *tableau symptomatique* de cette affection. Après quelques considérations d'*Anatomie pathologique* nous aborderons l'importante question du *Diagnostic* sur laquelle nous insisterons davantage. Enfin, nous envisagerons successivement le *Pronostic* et le *Traitement* de cette épididymite syphilitique.

Mais avant d'aborder notre sujet nous avons à cœur d'acquitter les dettes de reconnaissance contractées pendant nos trois années d'études à Lyon.

M. le professeur Poncet, dont nous avons eu la bonne fortune d'être l'élève pendant deux semestres, a bien voulu nous faire l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il reçoive ici l'expression de nos remerciements. C'est lui qui, par son haut enseignement clinique, nous a fait connaître et aimer la chirurgie. Dans l'avenir

tous nos efforts tendront vers ce seul but : nous montrer digne d'un tel maître.

Depuis l'époque où il nous a inspiré ce travail, M. le professeur agrégé Etienne Rollet n'a pas cessé de nous prodiguer les conseils de son expérience et les ressources de son érudition. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude pour la sympathie qu'il nous a témoignée. Jamais nous n'oublierons ses intéressantes leçons à l'Antiquaille et à l'Hôtel-Dieu et ses attrayantes causeries chirurgicales au lit du malade.

Nous remercions aussi ceux de nos maîtres de la Faculté et ceux de nos supérieurs de l'Ecole de Santé militaire qui ont bien voulu s'intéresser à nous.

Merci aussi à nos camarades de promotion chez lesquels nous avons rencontré tant de sympathies.

Merci enfin à notre excellent ami le D^r Henri Cadiot à qui nous devons les meilleurs moments de notre existence à l'Ecole et à Lyon.

DE

L'ÉPIDIDYMITE SYPHILITIQUE

TERTIAIRE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Pendant longtemps la tuberculose et la blennorrhagie ont eu seules le privilège de s'attaquer à l'épididyme. Ricord en 1845 avait émis cet aphorisme que : « l'intégrité de l'épididyme est un signe de la plus haute importance pour le diagnostic du sarcocèle syphilitique ». C'est à l'Ecole lyonnaise, représentée par Dron, que revient le mérite d'avoir signalé et étudié la syphilis secondaire de l'épididyme (1863).

Parmi les syphiligraphes qui l'ont précédé, les uns (Hunter, Ricord, Melchior Robert) ont nié toute affection syphilitique de l'épididyme, les autres (Astruc, Astley Cooper, Hélot, Nélaton, Diday, Maisonneuve et Montanier) ont admis que cet organe pouvait être atteint par propagation de la maladie testiculaire, mais aucun n'a reconnu de lésion épидидymaire isolée.

De nos jours, l'épididymite secondaire, contestée par quelques rares auteurs étrangers (Sigmund, 1868, Kocher, 1871, Zeissl, 1888), est généralement admise par les syphiligraphes français.

Il n'en est pas de même de l'épididymite tertiaire. Parmi les nombreux auteurs que nous avons consultés, un grand nombre signalent les lésions possibles de l'épididyme dans l'orchite scléro-gommeuse, mais bien peu font allusion au syphilome tertiaire localisé à l'épididyme avec intégrité du testicule.

Curling, dans son *Traité pratique des maladies du testicule* (1858), considère l'altération de l'épididyme comme plus fréquente à la période tertiaire qu'à la période secondaire. Il note dans quelques observations d'orchite chronique le début par la queue de l'épididyme et la disparition de l'induration par le traitement spécifique.

En 1863, Dron ayant vu l'épididymite apparaître tardivement après les accidents secondaires, se demande s'il n'existe pas une épididymite tertiaire.

Le mémoire de Dron est basé sur 16 observations recueillies, dans le service de J. Rollet, en moins de 6 mois sur 200 syphilitiques. Dron décrit avec une rigueur scientifique la lésion syphilitique de l'épididyme, sans lésion du testicule. Voici les faits qu'il établit nettement :

1° L'épididyme peut être atteint *primitivement* dans la syphilis comme dans la tuberculose ;

2° L'épididyme peut être atteint *isolément* dans la syphilis, sans lésion concomitante du testicule ;

3° L'épididyme syphilitique se montre de préférence à la *période secondaire* de la syphilis.

Sur 16 observations il y en a 10 où la constatation de

la lésion épидидymaire a été faite en moyenne 3 mois 1/2 après l'apparition du chancre. « Cependant dans 6 cas, dit M. Dron, la lésion n'a été reconnue que beaucoup plus tard, au bout d'un an (obs. XV), de 14 mois (obs. XI), de 2 ans (obs. XIV), de 3 ans (obs. IX), de 4 ans (obs. XVI), de plusieurs années (obs. XIII), soit que les malades l'aient porté longtemps sans s'en apercevoir, soit enfin qu'elle puisse, comme Hamilton et Curling l'ont noté pour le testicule syphilitique, se montrer *indistinctement aux périodes secondaire et tertiaire de la syphilis*. »

« En tout cas, même lorsqu'il paraît de bonne heure, l'épididyme syphilitique ne se montre qu'avec les formes graves ou tardives des accidents secondaires. »

Le professeur J. Rollet dans son *Traité des maladies vénériennes* (1866) et avec lui Lancereaux, Guillerier, confirma les faits établis par Dron et soutint la même opinion.

Il faut arriver en 1868 pour trouver une première observation incontestable de gomme épидидymaire. Dans l'*Union médicale*, Berthole rapporte le cas d'un malade, syphilitique depuis vingt ans, atteint de fistules épидидymaires coïncidant avec des périostoses humérale et cubitale. Le traitement ioduré dissipa tous ces accidents en quelques semaines.

Quelques années plus tard Tanturri (1872), Guel (1873), sans citer d'observations à l'appui, ajoutent que l'épididyme peut être atteint alors que le testicule est respecté.

Néanmoins la plupart des auteurs qui, dans ces dernières années ont étudié la syphilis génitale (Fournier,

Cernil, Berkeley Hill et A. Cooper, Pinner) décrivent l'épididymite secondaire (appelée aussi épididymite de Dron), le sarcocèle scléreux, le sarcocèle gommeux, mais restent silencieux au sujet de l'épididymite tertiaire.

Cependant Balme en 1876, Tédénat en 1881, Pascalis en 1888, citent des observations en présence desquelles ils s'avouent forcés de conclure, malgré le peu de cas observés, à la possibilité d'une épididymite gommeuse.

Reclus, dans son travail sur la *Syphilis du testicule* (1882), n'admet pas l'épididymite secondaire et en fait une gomme précoce. De plus, il considère comme une loi que : *toutes les fois que l'épididyme est affecté par la syphilis, le testicule est atteint plus profondément*. Plus tard, dans une communication faite à la Société de chirurgie sur *une forme rare d'épididymite syphilitique*, il conclut que la syphilis peut provoquer une épididymite gommeuse, différant de l'épididymite décrite par Dron et Fournier, par la diffusion de ses lésions.

Nous lisons dans Diday (1886) à l'article ÉPIDIDYMITÉ SECONDAIRE : « Comme cette lésion a une grande tendance à la résolution et cède rapidement au mercure, on ne lui attribue pas la gravité d'un accident tertiaire bien qu'elle puisse, si elle a persisté, devenir ultérieurement le siège d'une gomme. »

Pour Jullien, Monod et Terrillon, Mauriac, l'épididyme est souvent pris à la période tertiaire, mais ses lésions sont associées à celles du testicule. Rarement, disent-ils, le syphilome est uniquement épididymaire.

En 1890 parut à Lyon une thèse remarquable de M. Guilleret sur l'*Épididymite secondaire*. Nous y trouvons quelques observations d'épididymites tardives chrono-

logiquement tertiaires, mais que la non-coexistence avec d'autres accidents tertiaires ne nous a pas permis de signaler dans ce travail.

La question en restait là lorsqu'en 1893 parut une observation très intéressante de M. le professeur agrégé Et. Rollet (*Arch. provinc. de Chir.*). Quelque temps après, dans une communication au Congrès des Sociétés savantes (*Prog. méd.*, avril 1893), M. Rollet terminait ainsi :

« La syphilis tertiaire peut atteindre isolément l'épididyme ; cette épididymite tertiaire s'éloigne tellement du type clinique habituel du testicule syphilitique que nous n'hésitons pas à en faire une forme spéciale ; elle a d'ailleurs une grande importance soit au point de vue du diagnostic, soit sous le rapport du pronostic et du traitement. Il y a donc lieu d'adopter une nouvelle classification et de réserver à l'épididymite tertiaire une place et une description à part, ainsi qu'il est fait pour l'épididymite secondaire longtemps méconnue. »

Un an plus tard, les conclusions de M. Rollet recevaient pleine confirmation dans un article d'Allen sur la « Syphilis de l'épididyme » (*Americ. J. of med. sc.*). L'auteur soutient que l'épididyme peut être atteint isolément à toutes les périodes de la syphilis et quelquefois très tardivement. Sur les 9 observations qu'il rapporte, nous trouvons 2 cas de gomme épididymaire que nous publions plus loin.

Enfin, la thèse de Jonnart, récemment parue, nous a procuré également de précieux documents pour l'histoire de la lésion qui nous occupe ainsi que deux observations très intéressantes.

CHAPITRE II

Etiologie.

L'épididymite syphilitique tertiaire est une affection rare. Outre le cas qui nous est personnel, nous n'avons pu recueillir dans la littérature médicale française et étrangère que huit observations absolument indiscutables où le tertiarisme des malades est nettement démontré.

La cause primordiale de son développement est la syphilis.

Apparaissant à une époque qui varie entre deux ans (obs. IV) et vingt ans (cas de Berthole) après l'accident primitif, elle semble atteindre de préférence les individus en pleine activité sexuelle, de 35 à 45 ans.

D'autre part, si l'orchite scléro-gommeuse est parfois l'apanage de la syphilis héréditaire, si elle a été constatée et étudiée par Curling, Taylor, Henoeh et Hutinel chez les tout jeunes syphilitiques, l'épididymite tertiaire paraît être exclusivement du domaine de la syphilis acquise.

Un certain nombre de causes président à son apparition. Depuis Ricord, tous les auteurs reconnaissent l'influence

des excès vénériens sur le développement de la syphilis génitale. Bon nombre de cas que nous citons plus loin plaident en faveur de cette assertion à tel point que l'on pourrait appliquer à l'épididyme le mot de Valette : « Si les syphilitiques, hommes de cabinet, meurent de tumeurs cérébrales, les vérolés entachés du vice de paillardise sont très menacés de syphilomes testiculaires. »

Le traumatisme, la blennorragie, les inflammations antérieures en créant dans l'épididyme un *locus minoris resistentiæ* augmentent sa vulnérabilité. Ainsi que l'a enseigné un des premiers, Desgranges (de Lyon), toute déviation organique est un pas fait vers une déviation organique plus grave.

De même qu'on a vu le carcinome succéder au sarco-cèle syphilitique, de même nous constaterons dans les observations qui suivent que bien souvent le gonocoque ou le traumatisme ont favorisé ou réveillé la diathèse syphilitique.

CHAPITRE III

Observations cliniques.

Pour mériter la dénomination de tertiaire, une épидидymite syphilitique doit réunir les deux conditions suivantes :

- 1° Coexistence avec d'autres accidents tertiaires;
- 2° Régression rapide par l'iodure.

En parcourant les thèses ou mémoires de Pascalis, Tédénat, Pinner, Jonnart, nous avons rencontré un certain nombre de cas (8) d'épididymites présentant, au triple point de vue chronologique, clinique et thérapeutique les caractères de la forme tertiaire. Mais, une condition essentielle faisait défaut pour permettre d'affirmer sa nature : LA COEXISTENCE D'ACCIDENTS TERTIAIRES.

On aurait pu nous objecter, en effet, que nous avions affaire, dans ces cas, à des lésions secondaires tardivement reconnues ou retardées dans leur apparition par le traitement spécifique.

C'est pour nous éviter ce reproche que nous présentons

uniquement les observations dans lesquelles le tertiarisme des malades est indiscutable.

OBSERVATION I

(Et. Rollet, *Arch. prov. de chir.*, 1893.

Syphilis tertiaire : Ostéomyélite gommeuse du cubitus gauche.
— *Syphilides tuberculo-ulcéreuses.* — *Epididymite syphilitique tertiaire droite.* — *Chancre en août 1891.*

R... M..., Eugène, trente-six ans, maçon, né à Sèvres, entre à l'hôpital de l'Antiquaille (clinique de M. le professeur Gailleton, suppléé par M. Et. Rollet, professeur agrégé), salle Sainte-Camille, n° 16, le 19 décembre 1892.

Rien du côté des antécédents héréditaires. Homme surmené. Pérégrinations entre Paris, Lyon, Marseille, Lyon.

En août 1891, il entre dans le service de M. Mauriac, à l'hôpital du Midi. Quelques jours après, douleurs en urinant, écoulement blanchâtre, phimosis inflammatoire. Les balsamiques et les injections sous-préputiales font disparaître l'écoulement et la douleur. Mais le phimosis persiste; le malade quitte le service malgré M. Mauriac qui lui assure qu'il y a quelque chose caché sous le prépuce. En effet, quelques jours après, résolution du phimosis, apparition de l'ulcération chancreuse. En septembre, céphalée, alopecie, roséole généralisée.

En mai 1892, boutons aux régions anale et fessière.

A son entrée dans le service, on constate :

A la nuque et aux épaules, macules pigmentaires d'un rouge clair. Démangeaisons, traces de grattage. C'est un prurigo pédiculaire. Syphilides tuberculo-ulcéro-croûteuses sur le thorax, le bras droit, la partie interne de la jambe gauche. Lésions circulaires ou ovalaires de la largeur d'une pièce de 5 francs; peau d'un brun cuivré. Gros bourrelets avec nodosités crevassées,

pertes de substance en différents points. Le derme est attaqué dans toute son épaisseur; infiltration des bords des ulcérations, liquide ichoreux, croûtes recouvrant les surfaces ulcérées. Mêmes lésions dans l'hypocondre gauche.

A la partie inférieure et postérieure de la jambe droite, ulcération profonde, circulaire; bords taillés à pic, auréole périphérique rougeâtre avec détritres de couleur jaune. Rien à la face; dans la bouche, pas de plaques muqueuses.

Dans la région supéro-externe de l'avant-bras gauche, tuméfaction du volume d'une mandarine, manifestement fluctuante, sans modifications du côté de la peau. A ce niveau, douleurs ostéocopes très intenses, surtout nocturnes. La palpation et la pression ne révèlent aucune douleur. La tuméfaction adhère profondément au cubitus dans son tiers supérieur.

Il s'agit d'une ostéomyélite gommeuse circonscrite du cubitus.

Le malade se présente dans le service à cause des douleurs intenses qu'il ressent dans les bourses, du côté droit. Elles ont débuté brusquement et forcé le malade à suspendre son travail. Les enveloppes scrotales, surtout à droite, sont tuméfiées, mais la peau a sa couleur normale. Pas de liquide dans la vaginale, à droite. Epididyme volumineux; la tête et la queue présentent un noyau de la grosseur d'une petite noix; le corps a le volume d'un doigt annulaire d'homme adulte. La consistance est ferme; nodosités dures, mais pas de sensation ligneuse ou cartilagineuse. L'épididyme entier peut être facilement détaché du testicule. Il est très douloureux, douleurs spontanées et provoquées. Testicule absolument sain: volume normal, consistance habituelle, sensibilité spéciale conservée. Douleurs irradiées au niveau du cordon.

A gauche, le testicule et l'épididyme sont sains.

Pas le moindre écoulement urétral. Cicatrice assez étendue sur la face muqueuse du prépuce à droite. Adénopathies multiples.

On prescrit: iodure de potassium, 4 grammes; frictions d'onguent napolitain.

24 décembre. — Le malade a été présenté hier aux élèves de la

Clinique. La peau, en raison des examens répétés, est rouge, tendue, prête à s'ulcérer.

9 janvier. — La peau a repris sa couleur normale à l'avant-bras gauche; la gomme osseuse a considérablement diminué. Les syphilides disséminées disparaissent. L'épididymite ne cause plus de douleurs; diminution très notable de l'engorgement.

16 janvier. — La gomme osseuse a le volume d'une noix. L'épididyme est très peu sensible. La tuméfaction du corps a disparu; à la tête et à la queue, noyaux du volume d'un haricot.

Iodure de potassium, 6 grammes. Emplâtre de Vigo sur les syphilides.

18 janvier. — L'épididyme droit a son volume normal. Tuméfaction osseuse disparue.

1^{er} février. — Rien au testicule. Epididyme droit indolent; on le délimite sous forme d'un petit ruban uniforme coiffant le testicule. Périostose irrégulière donnant la sensation d'une rugosité superficielle au tiers supérieur du cubitus. Les syphilides disséminées laissent une cicatrice rougeâtre. Exeat.

OBSERVATION II (personnelle).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé. Et. Rollet.)

Chancres en 1884. — En 1894 : gomme ulcérée du gland. —

Syphilose pulmonaire. — Epididymite aiguë. — Induration totale. — Vaginalite.

Joseph H..., quarante et un ans, meunier. Entre le 13 avril 1894, à l'Antiquaille, service de M. le professeur Gailleton.

En 1884, ulcération du gland qui a persisté pendant trois mois. Avant la guérison de cette première ulcération et deux mois après son apparition, le malade a présenté des boutons et des lésions humides à la fesse et à l'anus, des plaques muqueuses dans la bouche et la gorge, de la céphalée. Soigné à cette époque par un docteur de Villefranche, il se soumit ensuite pendant deux ans au traitement ioduré des équinoxes.

En 1889, blennorrhagie ayant duré trois mois et compliquée d'épididymo-orchite gauche.

En 1892, légère urétrite dissipée au bout de quelques jours.

Aucune manifestation spécifique jusqu'en février 1894. A cette époque, apparition sur la partie dorsale de la couronne du gland d'une petite tuméfaction dure, peu douloureuse, qui, lentement est parvenue à l'ulcération.

Il y a trois semaines, la bourse gauche est devenue douloureuse tuméfiée (le malade ne présentant aucun écoulement urétral).

La douleur, supportable pendant le repos s'exagérât par la marche et la station debout. Aucun traitement. Pas de suspensoir.

Le malade a considérablement maigri depuis quelques mois, il tousse et a eu de fréquentes hémoptysies.

C'est un individu surmené surtout au point de vue génital.

Actuellement (13 avril) l'ulcération du gland persiste toujours. C'est une perte de substance taillée à l'emporte-pièce, indolore, sans base indurée. Le fond en est purulent, recouvert d'une sécrétion jaune doré.

Du côté des bourses, en avant et à gauche, épanchement dans la vaginale, l'épididyme du même côté est gros, noueux dans sa totalité et il est le siège de vives douleurs spontanées et provoquées.

L'épanchement de la vaginale empêche de se rendre un compte exact de l'état du testicule.

A droite, testicule et épididyme sains.

Le malade tousse fréquemment, ses hémoptysies se produisent encore presque journellement. Cependant, l'examen du poumon ne révèle aucune lésion bacillaire.

On hésite à se prononcer sur la nature de ces lésions. MM. Gailleton et Rollet songent à des manifestations tuberculeuses.

On essaye le traitement antisiphilitique. Iodure de potassium, 4 grammes. Frictions à l'onguent napolitain. Suspensoir.

20 avril. — L'épanchement de la vaginale a notablement diminué et permet un examen méthodique de la glande. Le testicule est absolument sain. On l'isole aisément de l'épididyme qui est volumineux, irrégulier, douloureux.

Au bout de quinze ou vingt jours l'ulcération du gland a com-

plètement disparu. Résolution de l'épididymite, l'organe se sent nettement comme un petit ruban coiffant le testicule.

Etat général excellent. Le malade prend de l'embompoint. Les hémoptysies se réduisent à quelques filets de sang dans les crachats.

22 mai. — Le malade quitte le service complètement guéri.

M. Et. Rollet l'a revu le 24 juillet en excellente santé.

Nous nous permettons ici de faire ressortir le haut intérêt clinique que nous offre cette deuxième observation. En même temps qu'elle nous montre la grande puissance curative des médicaments spécifiques, elle met en évidence la nécessité de poser d'une façon ferme le diagnostic de la lésion qui nous occupe.

Voici un individu porteur d'une ulcération qui n'a d'une façon nette ni les caractères du chancre mou, ni ceux d'une gomme, ni ceux d'une lésion tuberculeuse ; ce malade a beaucoup maigri, tousse, crache du sang et enfin présente une induration totale de son épидидyme. A quoi songer ? A une lésion gonococcienne ? Le malade n'a pas eu d'écoulement depuis deux ans. A une épидидymite secondaire ? Mais nous sommes en pleine période tertiaire. Reste une dernière hypothèse, celle de tuberculose génitale et pulmonaire. Alors c'est soumettre le malade, et dans l'espèce sans aucun résultat, au traitement créosoté, à l'huile de foie de morue, et peut-être aussi c'est lui enlever un organe dont plus tard il déplorera l'absence. Mais pour quiconque connaît la localisation possible de la syphilis tertiaire aussi bien à l'épididyme qu'au poumon, l'épreuve du traitement anti-syphilitique sera suivi du succès le plus complet.

OBSERVATION IV

(Balme, thèse de Paris, 1876.)

*Chancre en 1868. — En 1873, syphilide serpigineuse du dos,
— En 1876, épididymite subaiguë. — Induration de la
queue. — Amélioration rapide.*

Le nommé S..., trente-trois ans, employé de chemin de fer, entre le 24 juin 1876 à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Fournier, salle Saint-Louis, n° 44).

Chancre de la verge en 1868 suivi de plaques muqueuses buccales et linguales.

Marié en 1869, a eu un enfant qui a présenté des manifestations syphilitiques.

Pas de blennorrhagie antérieure, ni de traumatisme des bourses.

En 1873, bouton dans la région scapulaire droite, début d'une syphilide serpigineuse qui se poursuit encore actuellement.

Vers le 25 mai 1875, le malade éprouva une sensation de gêne au niveau de la bourse gauche pendant la marche et la station assise.

A son entrée (24 juin) on constate, outre la syphilide serpigineuse du dos déjà mentionné, une induration grosse comme une noisette, siégeant à la queue de l'épididyme gauche. Le testicule a son volume normal, sa surface est lisse, sa sensibilité conservée. A droite, testicule et épididyme sains.

Le 26, traitement mixte, 2 grammes de KI et une pilule de protoïodure de mercure.

Le 10 juillet, cicatrisation des gommes et réduction de la tumeur épididymaire qui a diminué de moitié.

OBSERVATION IV

(Pascalis, thèse de Paris, 1884.)

Chancre en mai 1880. — Un an et demi après et presque simultanément avec une gomme à la joue gauche, épididymite aiguë localisée à la tête. — Guérison en quatre semaines.

X..., quarante ans. Comme antécédents personnels, fièvre typhoïde, scarlatine et pleurésie dans son enfance. Vers quatorze ans, deux pneumonies. A seize ans, fièvre intermittente. Depuis lors, excellente santé.

Chancre en mai 1880. En juillet, roséole et plaques muqueuses dans la bouche et dans la gorge. Le traitement est difficilement supporté. Phénomènes d'intolérance.

En janvier 1881, plaques d'ecthyma qui cèdent vite au traitement.

Vers le 15 novembre, le malade éprouve des douleurs très vives dans le testicule gauche, s'irradiant le long du cordon. Elles sont spontanées et exagérées par la plus légère pression.

Epididyme gauche augmenté de volume au niveau de la tête, on sent une tuméfaction élastique. Testicule sain.

Traitement. — Sirop de Gibert, 1 cuillerée matin et soir, à midi 1 gramme de KI. Repos au lit.

C'est en fin novembre 1881, c'est-à-dire dix-huit mois après le début du chancre qu'est survenue l'épididymite aiguë et c'est alors que le malade consulte le Dr Reclus.

10 décembre. — Le malade qui depuis trois semaines a pris 4 grammes de KI est complètement guéri de son épididymite.

En janvier 1892, apparition d'une gomme à la joue gauche.

Traitement. — Sirop de Gibert et KI.

Depuis lors, aucun accident.

Cette observation, ajoute Pascalis, nous démontre l'acuité de la lésion et l'apparition de la gomme de la joue gauche nous autorise à en faire un accident tertiaire.

OBSERVATION V

(Professeur J. D. Thomas, Pensylvania medical college
in *Journ. of cut. and ven. diseases*, 1891.)

Chancres indurés il y a sept ans. — Gomme ulcérée de la jambe gauche il y a trois ans. — Épididymite indolente. — Corps et tête indurés. — Guérison incomplète après amélioration rapide.

M. J. M., trente-deux ans, a servi sept ans dans la marine anglaise. Existence aventureuse. Père mort d'une affection chronique de la poitrine. A vingt-cinq ans, chancre induré bientôt suivi d'accidents secondaires. Soigné par le médecin du bord, il prit, dit-il, pendant huit mois du mercure et de la potasse? Durant trois ans, poussées de plaques muqueuses.

Il y a trois ans, ulcération à la partie antéro-interne de la jambe gauche. Soigné par un médecin de Cleveland qui diagnostiqua eezéma et administra une pommade à base de zinc, il vit son ulcération s'étendre de plus en plus. Il prit, dit-il, des médicaments appropriés après avoir abandonné l'usage de cette première pommade. Ce n'est qu'au bout de deux ans que la cicatrisation se produisit. Actuellement on peut voir cette cicatrice irrégulière, ovale, mesurant 2 cm. 50 et dont le centre est un peu blancâtre.

Il y a six mois, augmentation de volume de la bourse droite. Aucune douleur. Le malade consulte plusieurs médecins, les traitements institués ne donnent aucun résultat. Le malade entre pour se faire opérer.

A l'examen on trouve dans l'épididyme droit deux tumeurs,

l'une comme une noisette d'Angleterre, l'autre comme un pois, occupant le *globus major*. Ces tumeurs sont molles, arrondies, distinctes l'une de l'autre, complètement indolentes.

Ici l'auteur entre dans des considérations d'intervention, hésitant entre le diagnostic de tuberculose et celui de syphilis. Il réussit à faire accepter l'essai du traitement spécifique, promettant au malade d'intervenir chirurgicalement en cas d'insuccès.

Le malade prit trois fois X gouttes d'une solution concentrée d'iodure, la dose devant être augmentée d'une goutte les jours suivants.

Frictions locales à la pommade mercurielle.

Le 28 février, la grosse tumeur a diminué de moitié, la petite est à peine perceptible. Le malade prend 40 grains d'iodure (2 grammes environ) trois fois par jour.

7 mars. — L'amélioration continue.

11 mai. — La tumeur est réduite à un tout petit nodule induré.

Ici nous donnerons textuellement les réflexions que cette observation suggère à l'auteur.

« Selon toute probabilité, dit-il, cette petite induration ne disparaîtra jamais, parce que vraisemblablement elle est de nature fibreuse, le contenu de la gomme ayant été complètement résorbé.

« Je crois qu'on sacrifie trop souvent des testicules. Lorsqu'on est indécis, il est juste que le patient bénéficie du doute. Dans le cas présent, l'affection simulait la tuberculose et le malade réclamait une intervention. Ajoutez à cela qu'il y avait des antécédents héréditaires de tuberculose. Le désir que nous avons d'opérer nous égare souvent. »

OBSERVATION VI

(Allen. — Syphilis de l'épididyme. *American journ. of medic. sciences*, Avril 1894.)

Syphilis tertiaire. — Chancres il y a dix ans. — Épididymite subaiguë, gommeuse, totale. — Suppuration de la gomme épididymaire. — Amélioration rapide. — Guérison.

M. J..., cinquante ans, homme robuste entre à l'hôpital le 14 janvier 1893.

Il y a deux ans, urétrotomie périnéale pour rétrécissement suivie d'un succès complet.

Syphilis il y a dix ans.

Deux mois avant d'entrer à l'hôpital, léger traumatisme du testicule droit à la suite duquel on remarque un gonflement souple et douloureux nécessitant un repos au lit pendant quelques jours.

L'examen révéla une tumeur scrotale deux fois grosse comme le testicule normal que l'on mit sur le compte de l'épididyme seul. La queue (*globus minor*) était confondue avec le tissu conjonctif et adhérait à la peau du scrotum. La peau qui recouvrait cette masse dure et résistante, devint graduellement violacée et finalement s'ulcéra et livra passage à un pus léger, liquide comme de l'eau, par un petit pertuis qui, pendant plusieurs semaines, joua le rôle de fistule de suppuration. On trouva la tumeur de l'épididyme si irrégulière, si pleine de noyaux, lorsque la tuméfaction du scrotum diminua; elle provoquait si peu de gêne et une absence si complète de douleur à ce moment que l'on pensa aussitôt se trouver en présence d'une tuberculose de l'organe. La formation fistuleuse consécutive ne fit que confirmer cette opinion. Cependant à cause des antécédents on pensa qu'on pouvait avoir affaire à un cas d'épididymite syphilitique, le traumatisme agissant simple-

ment comme cause prédisposante du développement de cette manifestation locale de la syphilis.

En conséquence, on prescrivit dès le début du protoiodure de mercure; mais bientôt les symptômes de la stomatite apparurent. On administre alors de l'iodure de potassium; dès lors diminution graduelle de la tumeur, la suppuration semble se tarir et la fistule se fermer.

En février, éruption iodique sous forme d'érythème; on associe la belladone à l'iodure, ce qui permet de continuer le traitement ioduré.

En outre, on administra des bains de siège chauds suivis du massage de l'épididyme et des tissus auxquels il était relié et on continua jusqu'à ce que le malade fût renvoyé guéri le 2 avril.

La fistule s'était fermée: L'épididyme (qui ne présentait plus à ce moment d'infiltration) avait presque repris son volume normal et son contour régulier (la peau du scrotum était saine en apparence) et il ne restait plus qu'une bride fibreuse, semblable à un cordon s'étendant de la région de la queue de l'épididyme au tissu conjonctif sous-cutané.

Cette observation est de la plus grande valeur: 1° elle nous montre l'importance du diagnostic de l'affection qui nous occupe et la confusion possible avec la tuberculose épididymaire; 2° elle met en évidence l'action déterminante du traumatisme; 3° elle nous apprend enfin que l'épididymite syphilitique tertiaire après un début inflammatoire peut ensuite évoluer silencieusement comme toute tumeur gommeuse, et déterminer des formations fistuleuses par où s'écoule le liquide caractéristique.

L'observation qui suit n'est pas moins concluante sous ce rapport.

OBSERVATION VII

(Allen, *loc. cit.*)

Syphilis il y a neuf ans. — Epididymite gauche. — Forme chronique gommeuse, totale. — Ouverture de la gomme et ulcération tertiaire typique du scrotum. — Amélioration rapide par l'iodure. Malade renvoyé avant guérison complète.

F. A..., âgé de quarante ans, entre à l'hôpital le 7 février, s'attendant à ce qu'on lui enlève le testicule gauche. Son médecin de ville lui avait dit qu'il faudrait subir une opération. Le chirurgien de l'hôpital lorsqu'on enleva les vêtements du malade, dès ma première visite dit : « Je suppose qu'il n'y a qu'une chose à faire en ce cas. » Il avait déjà proposé la castration et le malade y aurait consenti au cas où j'aurais dit que c'était nécessaire. C'était un cas de gomme, englobant le scrotum et les parties plus profondes. Si je mentionne les circonstances précédentes, c'est pour donner une idée du processus destructif que l'on avait déjà remarqué et des apparences présentées par la tumeur qui menaçait de faire des dommages encore plus considérables.

Le malade dit avoir eu, neuf ans auparavant, une syphilis qui ne fut traitée que pendant peu de temps et principalement avec de l'iodure de potassium que le malade se prescrivait souvent lui-même. Il n'y avait eu aucun symptôme de la maladie pendant six ou sept ans. Il y a un an, le testicule gauche commença à gonfler ; mais cette tuméfaction était indolente et comme elle ne causait aucun ennui, rien ne fut fait jusqu'à il y a un mois.

C'est alors que la partie la plus basse du scrotum sembla grossir rapidement et finalement se transforma en fistule purulente. Le malade suivit alors un traitement, mais l'augmentation de la tumeur et l'extension de l'ulcération amenèrent d'après lui son

médecin à lui conseiller de venir se soigner à l'hôpital; car il pensait l'ablation de la tumeur nécessaire.

A l'examen du contenu du scrotum on trouva la queue de l'épididyme, grosse, ferme et nettement reliée à travers le tissu conjonctif à une ulcération profonde, d'apparence certainement gommeuse. La tête et le corps de l'organe formaient une masse semblable à du tissu épais de cartilage, d'un diamètre de plus de 5 centimètres; ils se séparaient nettement du testicule qui paraissait souple et normal au toucher. La masse adhérente du tissu, qui suppurait lentement et qui formait le fond de l'ulcère, fut gratté avec la cuiller de Volkmann et entourée de gaze au bichlorure.

L'iodure de potassium fut donné à la dose de quarante-cinq grains (2 gr. 25) graduellement augmentée, si bien que le 22 février, le malade consommait 3 drachmes.

3 mars. — L'ulcère avait cédé à ce traitement, combiné à des frictions mercurielles locales, sur plus de la moitié de son étendue, tandis que l'épididyme était nettement plus petit dans toutes ses régions; revenu au quart environ de ses dimensions primitives; mais sa dureté cartilagineuse avait persisté.

16 mars. — Le tissu qui unit les parties externes aux parties plus profondes est beaucoup moins ferme, et la masse extérieure ne peut pas être séparée de la queue volumineuse et dure de l'épididyme.

24 mars. — L'ulcère est presque guéri et l'infiltration dure qui l'entourait a beaucoup diminué. On diminue graduellement l'iodure qu'on avait donné pendant plusieurs jours à la dose de trois cents grains (15 grammes) par jour à cause d'une légère éruption iodique. On prescrit journallement des bains de siège chauds, suivis de ce genre de massage connu sous le nom de pétrissage, massage combiné à la pression de l'organe, dans le but d'encourager l'absorption lymphatique. Ceci était fait pendant vingt minutes, matin et soir, dans le but de hâter la régression de la tumeur.

14 avril. — Testicule mou; le *globus major* paraît encore ferme; la tumeur ne présente plus qu'un sixième de la dimension qu'elle avait lors de l'admission du malade. L'ulcère est guéri.

Le malade est renvoyé, mais on lui conseille de continuer l'iodure jusqu'à ce que toute infiltration disparaisse.

Après avoir rapporté cette observation, Allen ajoute qu'il était impossible de confondre l'affection de l'épididyme avec une gomme localisée dans le tissu cellulaire, gomme qui d'ailleurs aurait été parfaitement mobile sur la queue de l'épididyme. Et plus loin, il déclare l'empressement de certains chirurgiens à pratiquer la castration dans les cas où il existe des ouvertures fistuleuses. — « C'est ainsi, dit-il, que Westrapporte deux observations de ce genre. Dans un cas le chancre remontait à quatre ans, dans l'autre à sept ans ; la castration fut pratiquée et l'examen des pièces révéla la présence de gommes disséminées dans les deux épididymes et les deux testicules. Cela se passait en 1859. Aujourd'hui je ne doute pas que ces testicules eussent été sauvés par l'iodure. »

OBSERVATION VIII

In thèse Sonnart, 1895.

(Recueillie dans le service du professeur Duplay.)

Forme subaiguë d'épididymite en 1895. — Chancre en 1882.
— *Epididyme droit pris en totalité: il est gros, dur, bosselé.*
— *Testicule intact. — Blennorrhagie antérieure. — Le traitement a rapidement raison de la tumeur, mais laisse une induration à la queue de l'organe. — Coexistence de syphilides tertiaires.*

M. Marc B..., quincailler, trente-sept ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1895 pour une affection du testicule droit.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante ; père mort d'attaque d'apoplexie, un frère et une sœur veuve en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire à l'âge de

cinq ans, qui dure dix-huit mois. A sept ans, fièvre typhoïde sans complications. — En 1878, bronchite et anémie consécutive. Depuis ce temps, le malade tousse très peu et ne crache pas. En 1879, fièvre intermittente. En 1880, ictère bénin émotif.

En 1882, chancre induré à la verge.

Roséole, six semaines après. — Plaques muqueuses des régions buccale, nasale et pharyngée. Croûtes dans les cheveux. Le malade suit un traitement consistant en pilules de protoiodure d'hydrargyre à raison de 5 centigrammes par jour. Bains au sublimé. Gargarismes. Sirop de Gibert, deux cuillerées par jour.

Le traitement est suivi pendant trois ans environ, en alternant le sirop de Gibert et l'iodure de potassium.

Actuellement il présente des traces de sa vérole sous forme de syphilides cutanées tuberculo-ulcéreuses et tuberculo-croûteuses et d'un engorgement des ganglions inguinaux.

En 1892, chaudepisse non compliquée d'orchite.

Depuis cette époque, l'iodure de potassium a été continué avec des intervalles de repos.

16 février 1895. — Le malade en s'asseyant se pinça le testicule droit, il en ressentit sur le moment une vive douleur et vit au bout de peu de temps se développer une tumeur qui lui tirait sur le cordon.

Un médecin consulté, l'engagea à entrer à l'hôpital, ce qu'il fit.

Il présentait, au moment de son entrée, tout les symptômes d'une épididymite blennorragique ou tuberculeuse subaiguë. L'épididyme était pris en entier ; il était gros, dur, bosselé, enchâssant le testicule qui avait conservé son volume et sa consistance ordinaires.

La partie inférieure du canal déférent contiguë à l'épididyme présente une légère tuméfaction qui aurait pu être prise pour un nodule tuberculeux de ce canal.

Cependant les bourses étaient parfaitement saines ; l'affection était peu douloureuse et l'absence de blennorragie et d'accidents tuberculeux firent penser, en raison des antécédents syphilitiques non douteux, qu'il s'agissait d'une épididymite syphilitique tertiaire.

On institue le traitement mixte le 8 mars. Le malade prend le premier jour 3 grammes d'iodure de potassium. La dose en est portée le lendemain à 6 grammes : il prend en même temps une pilule de protoiodure, de 5 centigrammes.

18 mars. — On cesse le traitement.

La tumeur est considérablement diminuée et l'épididyme a presque repris son volume normal ; toutefois, la queue de l'organe est encore grosse et présente une dureté anormale. La pression, au niveau de l'épididyme, qui au début était douloureuse, montre à cette époque une sensibilité normale.

Le malade sort de l'hôpital très amélioré.

Nous le revoyons le 3 avril. Le testicule droit est plus volumineux que le gauche, disposition qui, au dire du malade, a toujours existé. Il a une consistance et une souplesse normales, et ne présente en aucun point de sa surface, de plaques de blindage. On sent actuellement l'épididyme absolument sain au niveau de la tête et du corps. Il reste au niveau de la queue, sur une hauteur de 2 centimètres environ, une induration du volume d'un haricot, d'ailleurs complètement indolente à la pression.

Le canal déférent est absolument sain.

OBSERVATION IX

(Fournier. — *In thèse Jonnart.*)

Syphilis tertiaire. — Tumeur osseuse du palais. — Epididymite gauche indolente. — Pas de blennorrhagie. — Résolution rapide.

X... se présente chez M. Fournier, le 24 mai 1879. Il a eu un chancre labial en 1874.

Traité par le Dr X... on lui donne 2 à 4 centigrammes de protoiodure par jour et 2 grammes d'iodure de potassium.

Le malade passe une saison à Luchon pendant laquelle il ne présente comme accidents que des croûtes aux jambes.

En 1877-1878, quelques accidents légers.

Aujourd'hui (mai 1879), tumeur osseuse du palais qui a débuté il y a deux mois. En même temps, tumeur de l'épididyme gauche dont la tête est très dure, bosselée. Cette tumeur a débuté il y a cinq mois, mais elle a beaucoup grossi depuis quinze jours, elle est indolente.

M. Fournier fait prendre au malade une cuillerée à café par jour de liqueur Van Svieten, 3 cuillerées de sirop d'iodure de potassium, des bains.

18 juin. — L'épididyme a beaucoup diminué, la tumeur du palais est presque effacée.

4 juillet. — L'épididyme est sain.

On observe à la suite, chez ce malade, d'autres manifestations tertiaires.

CHAPITRE IV

Symptomatologie. — Evolution clinique.

L'étude des cas que nous venons de signaler va nous permettre d'esquisser le tableau clinique de cette lésion épидидymaire.

Le plus souvent l'affection débute d'une façon subaiguë avec des douleurs d'intensité variable tantôt spontanées, tantôt provoquées par la pression. Dans d'autres cas, la douleur ne se manifeste qu'après les fatigues de la journée et consiste en une sensation de pesanteur, de tiraillement au niveau des bourses. Nous avons noté ce mode de début 6 fois sur 9. Cependant comme tout néoplasme de nature tertiaire, la tumeur peut s'installer à froid et le malade ne s'en aperçoit que si elle prend un certain développement, ou encore, comme a pu l'observer Allen, si les produits de la gomme s'évacuent à l'extérieur. (obs. VI et VII).

Le scrotum, au début, ne présente aucune trace d'in-

flammation et les parties molles glissent facilement sur la tumeur.

La vaginale peut quelquefois être le siège d'épanchement. Nous l'avons noté dans l'observation qui nous est personnelle (obs. II) où la présence du liquide empêchait l'examen complet de l'épididyme et du testicule.

Si l'on palpe le testicule on trouve un organe de consistance normale, sans plaques ni noyaux d'induration, sans modification de volume, ayant conservé sa sensibilité spéciale.

Le cordon est sain. Bien que les auteurs signalent quelques cas de gommes localisées au cordon, nous n'en avons pas trouvé coïncidant avec l'épididymite tertiaire.

Passons maintenant à l'étude du syphilome épидидymaire lui-même.

Susceptible d'envahir la totalité ou une partie de l'épididyme, il est le plus souvent diffus (6 fois sur 9) et intéresse tout l'organe sous forme d'une tuméfaction de consistance ferme et résistante. Cette tumeur est irrégulière. Dans certains cas, on peut nettement isoler par la palpation plusieurs noyaux dans la tête, le corps et la queue ou bien deux des segments de l'organe sont réunis en un seul nodule (obs. V). Les dimensions ordinaires de ces noyaux d'induration varient entre celles d'une noisette et celles d'une noix.

Quand la tumeur n'envahit pas tout l'épididyme, tantôt c'est la tête (obs. IV et IX), tantôt c'est la queue (obs. III) qui est prise isolément. Mais le plus souvent, et nous insistons sur ce fait, l'organe est intéressé dans sa totalité.

Un fait important à signaler c'est la netteté avec laquelle on isole du testicule sain les noyaux indurés de l'épididyme.

Ici point de ces adhérences que l'on constate dans l'épididymo-orchite blennorragique.

Un dernier caractère propre à cette forme d'épididymite, et qui nous paraît avoir une certaine valeur clinique, consiste dans l'unilatéralité des lésions. Dans les neuf observations que nous rapportons, l'affection n'atteint qu'un seul épидидyme. Allen (*loc. cit.*) nous cite deux cas d'épididymites bilatérales survenues huit et dix ans après le chancre, mais le tertiarisme des malades n'étant affirmé par aucun accident contemporain de ces lésions, nous en contestons la valeur clinique.

Quelle est l'évolution de cette lésion abandonnée à elle-même ?

Lorsqu'elle est aiguë, le malade consulte et s'il est trouvé en puissance de syphilis on institue le traitement. On ne peut pas dans ces cas être renseigné ni sur la durée, ni sur la marche de l'affection.

Mais, il n'en est pas de même quand le néoplasme a évolué silencieusement. Le malade ne se préoccupe pas d'une affection qui ne le fait point souffrir et ce n'est que bien longtemps après le début de l'affection ainsi abandonnée à elle-même, lorsqu'une fistule s'est produite, qu'il se décide à recourir au praticien.

Les cas publiés par Thomas (obs. V) et par Allen (obs. VI et VII) sont pleins d'enseignements au sujet de la marche et de la terminaison du syphilome. Ils nous montrent que ces noyaux épидидymaires évoluent comme tout néoplasme tertiaire tantôt vers la sclérose, tantôt vers la dégénérescence gommeuse.

Dans l'observation de Thomas, le malade portait sa tumeur depuis six mois et la palpation donnait au doigt

la sensation d'une gomme ramollie. La durée de l'affection peut donc être assez longue. Le traitement mixte suivi pendant cinq mois laisse un petit nodule induré et l'auteur ajoute à juste titre: « Cette petite induration ne disparaîtra jamais, parce que vraisemblablement elle est de nature fibreuse, le contenu de la gomme ayant été complètement résorbé. »

Persistance d'un noyau scléreux après résorption du syphilome, tel est, après la guérison, le second mode de terminaison de l'épididymite tertiaire.

Dans d'autres cas et les observations VI et VII en font foi, on peut voir l'induration épидидymaire subir l'évolution classique de la gomme. La tumeur perd sa consistance ferme, elle devient le siège d'une pseudo-fluctuation, en d'autres termes elle se ramollit. Bientôt des adhérences se forment avec les tissus voisins, le scrotum devient violacé, s'ulcère, une fistule s'établit à la partie inférieure ou postérieure du sac scrotal et par l'orifice s'écoule un liquide assez semblable à une solution de gomme. (Allen.)

En résumé, *début en général subaigu, induration irrégulière et souvent totale de l'épididyme sans adhérences au testicule, tendance à la sclérose ou à l'évolution gommeuse (crudité, ramollissement, suppuration) tels sont les caractères cliniques que nous croyons pouvoir attribuer au syphilome tertiaire de l'épididyme.*

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

En quoi consistent les lésions de cette épididymite tertiaire? En l'absence d'autopsie, il nous est difficile de résoudre cette question. Malasséz et Reclus, étudiant les altérations histologiques qui caractérisent le sarcocèle syphilitique, nous décrivent les lésions qui peuvent se trouver en même temps dans l'épididyme.

« Ce sont les mêmes productions de tissu fibreux à la périphérie : la coque prend une épaisseur plus grande et la péri-épididymite l'emporte sur la péri-orchite. Des tractus scléreux parcourent l'organe et limitent des territoires où le canal paraît sain. Mais la néorformation peut être assez abondante pour étouffer le tissu primitif dont il ne reste plus trace. Dans un cas, nous avons trouvé au niveau de la tête une masse jaunâtre, du volume d'une grosse amande. »

Plus loin, nous lisons :

« Les gommes peuvent envahir le parenchyme glandu-

laire et l'albuginée, les enveloppes scrotales, l'épididyme et le tissu cellulaire qui l'entoure. »

C'est aussi l'opinion de Monod et Terrillon : « L'épididyme peut être aussi le siège de gommes suppurées et fistuleuses. »

Pour Allen (*loc.cit.*) le processus morbide peut revêtir l'aspect de gommes minuscules disséminées dans l'organe et donnant au toucher la sensation d'un corps irrégulier et nodulaire; il peut se présenter sous la forme d'une infiltration ou d'une hyperplasie gommeuse diffuse constituant des masses gommeuses unies, parfois de véritables tumeurs, il peut enfin évoluer vers la sclérose et l'épididyme devient alors dur et fibreux.

En résumé, sclérose ou gomme, tel paraît être dans l'épididyme, comme dans les autres organes, le processus anatomique du syphilome tertiaire. Il n'entre pas dans notre rôle de décrire en détail la physiologie de ce processus et nous nous contenterons, avec M. Etienne Rollet, de nous ranger à l'hypothèse très vraisemblable d'une *infiltration scléro-gommeuse épидидymaire et surtout péri-épididymaire*.

Dans l'épididymite secondaire, les lésions seraient, au contraire, de nature résolutive d'après l'opinion de Dron et de Guilleret.

CHAPITRE VI

Diagnostic différentiel.

Le diagnostic de l'épididymite tertiaire peut présenter de sérieuses difficultés; il est important, néanmoins, tant au point de vue du pronostic que sous le rapport du traitement, de l'établir d'une façon ferme. Nous allons essayer dans les lignes qui suivent de différencier cette affection des épididymites syphilitique secondaire, blennorragique, tuberculeuse, ainsi que des tumeurs malignes et des kystes de l'épididyme.

Epididymite secondaire. — Cette lésion tertiaire se rapproche de la forme secondaire par certains caractères : tumeur nettement isolée du testicule, douleurs dans la forme subaiguë, consistance ferme et mamelonnée.

Il existe cependant des signes distinctifs indéniables.

Dans l'épididymite secondaire, la lésion est limitée à la tête; sur 86 observations rapportées dans la thèse de Cuilleret, l'engorgement étendu à tout l'organe n'a été

noté qu'une seule fois. Dans la forme tertiaire, nous observons 5 fois sur 9 la diffusion des lésions.

D'autre part, lorsqu'il s'agit d'une épididymite secondaire, les deux épididymes sont souvent atteints. Dron, sur 14 cas, a trouvé l'affection 7 fois bilatérale; Balme, 5 fois sur 22 cas; Tédénat, 3 fois sur 8; Cuilleret, 6 fois sur 12. Dans aucune de nos observations nous n'avons noté la bilatéralité de la lésion. Dans l'une des formes, le début est très souvent insidieux, tandis que l'autre s'accompagne de phénomènes aigus, douloureux. Le syphilome tertiaire ne se présente pas avec cet aspect d'induration unique sous forme de pois, de pilule, comme enchâssée dans la tête de l'épididyme, et qui caractérise la tumeur secondaire. Au contraire, les nodules indurés sont souvent multiples, plus volumineux, intéressant la totalité ou deux segments voisins de l'organe.

Au point de vue thérapeutique, il semble y avoir aussi entre ces deux formes une certaine différence. De l'aveu même de Dron, le syphilome secondaire résiste parfois très longtemps aux agents spécifiques et surtout à l'iodure seul. C'est aussi l'opinion de Mauriac qui, « à cet égard, a éprouvé quelques déceptions ». Dans nos observations, la seule action rapide de l'iodure plaide en faveur de la nature tertiaire de l'affection.

Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic est parfois très délicat, surtout lorsqu'on est en présence d'une de ces formes de transition, secundo-tertiaires, survenant plusieurs années après l'infection et dont nous avons parlé plus haut (page 16); mais, dans ce cas, la coexistence ou l'absence d'autres manifestations tertiaires tranchera la question du diagnostic.

Epididymite blennorrhagique. — Le début subaigu et la diffusion des lésions qui caractérisent le syphilome tertiaire pourraient parfois en imposer pour une épididymite d'origine gonococcienne. Cependant l'intensité des douleurs, la fièvre, les signes extérieurs d'inflammation (rougeur, tension, empâtement), l'induration de l'épididyme en cimier de casque et faisant corps avec le testicule, la fréquence de la vaginalite et surtout la présence d'un écoulement urétral dont le microscope pourra révéler la nature, assureront le diagnostic dans la majorité des cas.

Mais s'il s'agit d'une de ces formes tardives et subaiguës décrites par M. le professeur Augagneur¹, si l'écoulement est insignifiant ou a disparu depuis un certain temps, le problème devient plus délicat.

Et pourtant, en cas de blennorrhagie tardive et chronique, l'induration se localise à la queue de l'épididyme et la palpation méthodique révèle la présence d'adhérences avec le testicule, tandis que dans l'épididymite tertiaire, testicule et épididyme sont nettement isolés l'un de l'autre.

Enfin les antécédents du malade, la recherche des accidents tertiaires et l'épreuve du traitement confirmeront le diagnostic.

Epididymite tuberculeuse. — Dans la tuberculose comme dans la syphilis tertiaire l'épididymite peut évoluer d'une façon aiguë ou chronique; dans l'une comme dans l'autre le contenu ramolli des noyaux d'induration primitifs peut être évacué au dehors à travers un ou plusieurs trajets fistuleux.

¹ Testicule blennorrhagique tardif (*Société des Sc. médic. de Lyon*, 1885).

Nous aurons donc deux cas à considérer :

1° Le scrotum est sain ;

2° Une fistule s'est ouverte à la partie inférieure ou postérieure du sac scrotal.

Dans le premier cas, les indurations de la tuberculose épидидymaire se présentent avec des contours plus indécis que dans la syphilis tertiaire ; ces bosselures sont volumineuses, de consistance inégale et moins arrondies. Fréquemment le testicule et le cordon participent à la lésion ; il en est de même de la prostate et des vésicules séminales qui peuvent parfois être intéressées avant l'épididyme.

Le toucher rectal sera donc un puissant moyen de diagnostic. Souvent aussi l'examen du poumon nous révélera des symptômes de tuberculose pulmonaire. Si, enfin, tous ces signes manquent, il nous reste comme dernière ressource l'épreuve du traitement antisypilitique. L'iodure et le mercure n'auront jamais sur les nodules tuberculeux l'action curative qu'ils manifestent à l'égard des néoplasmes tertiaires.

Dans le second cas, supposons un malade porteur d'une ou plusieurs fistules au scrotum avec un épидидyme induré, adhérent aux parties voisines. Les moyens de diagnostic énumérés plus haut seront toujours utiles. D'autre part la dépression en cul-de-poule de l'orifice fistuleux, les caractères du pus grumeleux et mal lié, enfin l'examen bactériologique et microscopique de ce liquide nous renseigneront suffisamment sur la nature tuberculeuse de l'affection.

Tumeurs malignes. — L'épididyme aussi bien que le canal déférent peut être envahi par des formations néoplasiques très variées (sarcomes, épithéliomas diffus ou

kystiques, enchondromes, etc...). Mais il est bien rare que la lésion débute par cet organe. Dans la très grande majorité des cas le testicule est affecté le premier. A peine relevons-nous dans la littérature médicale quelques observations de léio-myome (Héricourt, Monod), de sarcome (Trélat), de fibro-sarcome (Poncet). Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas dans le service de M. le professeur Poncet. Le malade fut opéré par M. Ét. Rollet et l'examen histologique révéla la nature épithéliale de la tumeur ; le testicule était sain.

Dans ces cas d'épididymite cancéreuse (le terme d'épididymite étant justifié par l'évolution souvent aiguë de l'affection), les douleurs lancinantes et spontanées, l'âge du malade, le volume souvent considérable de la tumeur, son évolution aiguë, l'état du système ganglionnaire, et surtout l'absence d'accidents tertiaires en même temps que l'inefficacité de l'iodure permettront d'éliminer le diagnostic de syphilis.

Kystes de l'épididyme. — Ces tumeurs bien étudiées par Liston, Curling et Gosselin se rencontrent souvent sur la face convexe et sur l'extrémité libre de la tête de l'épididyme, parfois près de la queue de l'organe.

A ses débuts lorsque le kyste n'a que le volume d'un haricot, la consistance peut en paraître ligneuse, la transparence, la fluctuation ne sont pas encore perçues. Son indolence, sa localisation permettront cependant de le reconnaître.

Plus tard ce ne sera pas la même dureté, les mêmes irrégularités ; peut-être y pourra-t-on sentir de la fluctuation. Encore faudrait-il se tenir en garde contre l'existence possible d'une gomme en voie de ramollissement et

essayer le traitement spécifique dont l'impuissance est absolue pour amener la résorption du liquide de la poche kystique. Sans doute la ponction eût pu être faite, mais encore n'est-elle bien légitimée que lorsque le traitement et l'absence d'accidents tertiaires ont permis de nier l'existence d'une gomme.

Les mêmes considérations sont applicables aux *spermatocèles* et aux *petites spermatocèles* de l'épididyme.

Gommes du scrotum et de la vaginale. — Nous n'insisterons pas longtemps sur ce sujet, étant donné qu'une erreur de diagnostic dans ces cas n'est pas préjudiciable au malade, le traitement étant le même. D'ailleurs, la facilité avec laquelle la tumeur glisse sur les tissus sous-jacents dans les deux cas, la fréquence de la vaginalite dans le second nous renseigneront suffisamment sur la localisation du néoplasme.

En dernière analyse, *l'absence d'adhérences avec le testicule, la coexistence de lésions tertiaires, l'épreuve de l'iodure* constituent les éléments essentiels du diagnostic de la lésion qui nous occupe.

Mais ici une question se pose. Quelle est la durée du traitement à imposer au malade en cas de doute? Nous suivrons le conseil que nous donne Fournier et : « la tumeur sera déclarée non syphilitique si, *après un maximum de trois semaines*, le traitement n'a pas produit sur elle une amélioration notable ».

Toutefois, après six jours de médication absolument infructueux, on peut sans crainte éloigner toute idée de syphilis.

CHAPITRE VII

Pronostic.

Deux problèmes se présentent à nous dans cette question du pronostic :

1° L'épididymite tertiaire est-elle un symptôme de syphilis grave ?

2° Comme affection locale est-elle d'un pronostic fâcheux et peut-elle compromettre la fonction génitale ?

1° Les observations I et II où nous voyons coïncider l'épididymite avec des manifestations tertiaires graves, ostéomyélite gommeuse, syphilose pulmonaire, et l'observation IV où l'épididymite apparaît dix-huit mois après l'accident primitif avec une gomme à la joue gauche, sembleraient devoir nous autoriser à résoudre par l'affirmative le premier de ces deux problèmes.

Evidemment une syphilis tertiaire maligne peut très bien parmi ses multiples manifestations provoquer une épididymite. Un malade atteint de cette localisation est toujours menacé d'une manifestation viscérale plus grave

intéressant soit le cerveau, soit le poumon ou le foie. Mais si le terrain est préparé, si l'épididyme rendu plus vulnérable par une altération morbide antérieure (blennorragie ou traumatisme) se défend mal, la localisation se déclare sans que pour cela le virus syphilitique soit très actif. Aussi, n'avons-nous pas le droit de conclure, en cas d'épididymite tertiaire, à la malignité de la syphilis.

2° Comme affection locale, l'épididymite tertiaire est incontestablement d'un pronostic bénin.

Le produit de l'éjaculation n'ayant été analysé dans aucun des cas que nous avons rapportés, nous ne pouvons pas affirmer que le canal épидидymaire retrouve sa perméabilité après disparition de l'infiltration qui obstruait sa lumière ou comprimait ses parois.

Cependant, si la facilité de résolution par le traitement n'est pas une garantie suffisante, qu'il nous suffise de rappeler que dans les observations citées plus haut, l'affection était toujours unilatérale. Dès lors, la perméabilité de l'organe resté sain assurera la conservation des fonctions génitales.

La *restitutio ad integrum* pourra-t-elle être obtenue dans tous les cas ? A cela nous répondrons : oui, cliniquement, et à la condition d'intervenir à temps. C'est ce que nous observons dans la majorité des cas, lorsque le traitement a été institué au début de l'épididymite.

D'un autre côté nous avons noté également dans certains cas la persistance d'un petit nodule scléreux malgré un traitement énergique et longtemps suivi.

Sans nul doute, lorsque la cicatrice qui succède à la gomme a cessé d'être une lésion syphilitique pour devenir un tissu scléreux et cicatriciel banal, on n'a plus à

espérer que le tissu détruit se régénérera et reprendra ses fonctions, si énergique et si prolongé que soit le traitement antisypilitique.

Il n'en est pas moins vrai que si l'épididymite tertiaire peut survenir dans le cours d'une syphilis grave, elle est néanmoins d'un pronostic bénin et l'on pourrait lui appliquer ce qu'on a dit des tumeurs syphilitiques en général :

« Lorsqu'on lui découvre une épididymite, heureux le malade qui a eu la vérole. »

CHAPITRE VIII

Traitement.

L'agent thérapeutique par excellence est l'iodure : « le spécifique de la période tertiaire. » Mais, il ne faut pas l'employer seul.

Fournier, dans son livre sur le *Traitement de la syphilis*, s'exprime ainsi :

« Si l'iodure constitue un merveilleux *effaceur* d'accidents, il n'est pas au même degré un *guérisseur* de la syphilis. *Il laisse revenir* comme on dit en langage familier. Le mercure au contraire sauvegarde plus sûrement l'avenir.

Il faudra donc, en présence d'une épididymite tertiaire associer les deux médicaments, l'iodure comme agent curatif, le mercure comme agent préventif.

En instituant le traitement mixte, nous donnerons la préférence à la méthode qui administre séparément le mercure et l'iodure. Les doses des deux médicaments pou-

vant ainsi être gradués suivant les indications et la tolérance du malade.

Si nous rejetons les préparations pharmaceutiques dans lesquelles les deux médicaments sont associés (sirop de Gibert, sirop de Boutigny, solution de Ricord), c'est que de l'avis de tous les malades elles sont d'une saveur abominable et souvent mal tolérées. D'ailleurs, elles contiennent sous une grande quantité une trop petite dose de médicament actif.

Agir d'une façon énergique et continue jusqu'à disparition complète de la tumeur : telle sera notre ligne de conduite. Tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour dispenser largement l'iodure de potassium aux malades. Que de patients, en effet, ont eu à souffrir de la timidité de certains praticiens dans l'administration du médicament ! Le diagnostic de la lésion étant nettement établi, on commencera par prescrire d'emblée 4 grammes d'iodure, en augmentant graduellement la dose sans craindre d'arriver aux chiffres de 8 à 10 grammes, si les effets curatifs tardent à se manifester. Les accidents de l'iodisme sont rares somme toute ; et, s'ils se produisent, l'administration de la belladone permettra d'atténuer les effets toxiques de l'iodure et de continuer la médication.

Quant au mercure on peut le prescrire sous forme de pilules de Dupuytren ou de Ricord (2 à 3 par jour) et mieux encore en frictions d'onguent napolitain (4 grammes). Celles-ci, souvent bien tolérées par le malade, assurent une imprégnation régulière de l'organisme. C'est d'ailleurs la méthode conseillée et mise en pratique par les syphiligraphes lyonnais (J. Rollet, Diday, Gailleton, Augagneur, Et. Rollet.)

Les injections mercurielles hypodermiques ne nous paraissent pas indiquées dans le traitement de la lésion tertiaire qui nous occupe. Leur cause d'ailleurs a été magistralement jugée par M. le professeur Augagneur dans un rapport présenté à la Société de dermatologie et de syphiligraphie (séance du 2 août 1894.) Nous inclinant devant la compétence du maître lyonnais, nous reproduisons ici ses propres conclusions sur ce sujet :

« 1° L'emploi des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis doit être réservé à des cas exceptionnels, en raison des inconvénients et des dangers auxquels il expose ;

« 2° Si, dans un cas de syphilis cérébrale, l'indication paraît extrêmement pressante, on peut d'emblée employer les injections ;

« 3° Dans les cas où cette urgence d'un traitement immédiat n'est pas démontrée, les injections ne doivent être employées que si les frictions ont échoué. »

Le traitement local n'a pas grande importance. Tout au plus, dans les formes douloureuses, devra-t-on prescrire le repos au lit. Néanmoins, le port d'un suspensoir nous paraît indispensable dans tous les cas.

Enfin, n'oublions pas que parfois les toniques et les reconstituants trouvent tout naturellement leur indication, lorsque, comme dans l'observation II qui nous est personnelle, l'organisme du malade est plus ou moins débilité par les multiples assauts de la diathèse.

CONCLUSIONS

I. L'épididymite syphilitique tertiaire est une lésion rare (9 observations), mais elle constitue à notre avis une entité clinique au même titre que l'épididymite secondaire.

II. Cette épididymite généralement subaiguë peut aussi évoluer à froid. Unilatérale et envahissant le plus souvent la totalité de l'épididyme (6 fois), elle se localise parfois aussi dans la tête (2 fois), et très rarement dans la queue (1 fois). Elle se présente sous forme d'une ou plusieurs indurations de consistance et de volume variables, susceptibles de se ramollir et de donner issue au bourbillon gommeux après ulcération des tissus qui les recouvrent.

III. Le diagnostic en est parfois très délicat. Mais sa date d'apparition, sa forme le plus souvent diffuse, son évolution subaiguë, le ramollissement et la suppuration possibles de la tumeur, la coexistence d'accidents tertiaires, enfin la facilité avec laquelle elle cède à l'iodure la distinguent de

l'épididymite secondaire et assurent son individualité clinique de lésion tertiaire.

D'autre part, outre les caractères énoncés plus haut, l'absence d'adhérences avec le testicule, l'examen méthodique des organes voisins, la recherche consciencieuse des antécédents et surtout l'épreuve de l'iodure permettent de la différencier des épididymites tuberculeuse, blennorragique et néoplasique ainsi que des kystes de l'épididyme.

IV. Anatomiquement, nous sommes réduits à supposer qu'il s'agit d'une infiltration scléro-gommeuse intertubulaire et surtout périépididymaire.

V. Elle est d'un pronostic bénin et la *restitutio ad integrum* sera complète si l'on intervient assez tôt. Sinon, il peut persister un nodule scléreux, reliquat de l'infiltration antérieure.

VI. L'agent thérapeutique par excellence est l'iodure; cependant il faudra toujours lui associer le mercure et de préférence sous forme de frictions à l'onguent napolitain.

Enfin, en cas de doute sur la nature d'une affection épididymaire, nous donnerons l'iodure; il guérira parfois, sinon il permettra d'éliminer le diagnostic de syphilis tertiaire.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer
POUR LE DOYEN,
LÉPINE

Vu, bon et permis d'imprimer
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

BIBLIOGRAPHIE

Astruc. Traité des maladies vénériennes, traduit par Louis, 1779.

J. Hunter. Traité des mal. vénér., 1786.

Benj. Bell. Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne. 1793.

Ast. Cooper. Œuvres chirurgicales. — Trad. de Chassaignac et Richelot., p. 456.

Ricord. Gazette des hôpitaux, 1845.

Hélot. Mémoire sur le testic. syphilit. — Journ. de chirurgie de Malgaigne, t. IV, 1846.

Nélaton. Leçon sur le sarcocèle syphilit. Gaz. des hôp., 1852.

Melchior Robert. Nouv. traité des mal. vén.

Curling. Traité prat. des mal. du testicule, 1857.

Dron. De l'épididyme syphilit. — Arch. génér. de Méd. 1863.

Rollet. Traité des mal. vén., 1866.

Lancereaux. Traité de la syphilis, 1866.

Cuillerier. Traité des mal. vénér., 1866.

Sigmund, de Vienne, Ueber die syphilitic. Erkrankung der Nebenhoden, Wien. med. Press. IX, 2, 1868.

Berthole. Union médicale, 1868.

Zeissl. Trait. clin. et therap. des mal. vénér.

Tanturri. Epididimiti secundaria e gommosa, II, Margagni, 1872.

Guel. Sarcocèle syphilit. Thèse de Paris, 1872.

Fournier. Leçons cliniques de l'hôpital de Lourcine sur le sarcocèle syphilit. (Mouvem. med.) 1874.

Balme. De l'epid. syphil. Thèse de Paris, 1876.

Cornil, Leçons sur la syphilis, 1879.

Tédenat. Etude sur les affections syphil. du testicule. (Montpellier méd.), 1881.

Rohmer. Sarcocèle syphilit. Th. d'agrégation, 1882.

Gosselin et Walther. Dict. de méd. et de chir. — Art. *Testicule*.

O. Pinner. Ueber Epididymus syphilitica. — Berl. klin. Wochenschrift, 1884.

Diday. Pratique des maladies vénériennes, 1886.

Jullien. Traité des mal. vén., 1886.

Monod et Terrillon. Maladies du testic. et de ses annexes, 1889.

Reclus. Syph. du testicule, 1882.

— Sur une forme rare d'épidid. syph. (Bull. de la Soc. de chir., 1885.)

— Dic. encycl. des sc. méd. — Art. *Testicule syphilitique*, 1886.

— Traité de path. ext., t. VIII, 1892.

Malassez et Reclus. Lésions histologiques du testic. syphilit.

Augagneur. Testicule blennorragique tardif (Société des sc. médic. de Lyon, 1885).

Mauriac. Syphil. hérédit. et syphil. tertiaire, 1890.

Cuilleret. Epidid. syphil. second. Thèse de Lyon, 1890.

Thomas. Journ. of cutan dis., Août 1891.

Fournier. Traitement de la syphilis.

Et. Rollet. Congrès des sociétés savantes, 1893 *.

— Epididym. syphilit. tertiaire (Arch. prov. de chir., 1893.)

R. W. Taylor. Affect. of the testic. and their appendages in hereditary syphil. (New-York med. journ., Nov. 1893.)

Allen. Syphilis de l'épididyme (Americ. journ. of médic. sciences, Avril 1894).

Augagneur. Les injections hypodermiques de substances mercurielles dans le traitement de la syphilis. (Ann. de dermat. et syph., Août 1894).

* Cette communication a été attribué à tort à Dron par la *Semaine médicale* comme l'indique un erratum dans le numéro suivant.

TABLE

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Etiologie	14
CHAPITRE III. — Observations cliniques	16
CHAPITRE IV. — Symptomatologie. — Evolution clinique .	34
CHAPITRE V. — Anatomie pathologique	38
CHAPITRE VI. — Diagnostie différentiel	40
CHAPITRE VII. — Pronostic	46
CHAPITRE VIII. — Traitement	49
CONCLUSIONS.	53

